Rok XXXIII. Kraków 6. Października 1894 r. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, w *Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 187 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera.

Przyczynek do leczenia wgłobień jelita.

Rzecz odczytana dnia 24. Lipca 1894 roku w sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich.

Podał

Dr. Adam Majewski.

W przeszłym roku, na dwudziestym drugim kongresie chirurgów niemieckich oświadczył König w dyskusyi nad referatem klinicznym Haaslera [1]): *O resekcyi jelit*, że nieprawdopodobnem jest, by kiszka wgłobiona, pozostająca w tej pozycyi przez kilka miesięcy, mogła być napowrót wywleczoną i prawidłowo ułożoną. Odpowiedź rozstrzygającą tę kwestyę dają dwa przypadki, poniżej opisane a operowane przez prof. Rydygiera w krakowskiej klinice chirurgicznej.

Pierwszy [2]) z nich tyczy się kobiety, lat 56 liczącej, wzrostu średniego, budowy dość silnej. Z anamnezy dowiedzieliśmy się, że chora przed kilku laty dostrzegła w okolicy kiszki ślepej okrągławy, twardy guz, wielkości kurzego jaja, za dotknięciem się nieco bolesny. Na sześć miesięcy przed przybyciem do kliniki chora nagle, bez widocznej przyczyny dostała gwałtownych bólów brzucha, połączonych z wymiotami i biegunką, poczem wzmiankowany guz powiększył się znacznie a zarazem przybrał kształt podłużny, kiełbasowaty. Biegunka i wymioty ustąpiły wkrótce, apetyt powrócił, wypróżnienia odbywały się prawidłowo, obrzmienie jednak już stale pozostało i stopniowo się zwiększało, to mięknąc, to twardniejąc naprzemian. W stanie takim chora przybyła do kliniki, gdzie z obecności wielkiego obrzmienia kiełbasowatego, odpowiadającego położeniem okrężnicy poprzecznej oraz na podstawie ruchomości guza, zmiennej jego konsystencyi, wypuku nad nim bębenkowego, niestałości jego kształtów i charakterystycznych kruczeń, rozpoznano wgłobienie jelita i wykonano laparotomię. Po otwarciu jamy brzusznej pokazało się ogromnych rozmiarów wgłobienie: cała okrężnica wstępująca, jelito ślepe i znaczna część jelita biodrowego wstąpiły w okrężnicę poprzeczną. Zrostów nie było. Jelito jużto przez pociąganie, jużto przez ucisk udało się napowrót wyciągnąć i prawidłowo ułożyć; guza przytem nie było. Przebieg choroby pooperacyjny był prawidłowy, bezgorączkowy; rana zagoiła się przez rychłozrost. Pierwszy stolec ukazał się 10-go dnia a w trzy tygodnie operowana, zaopatrzona w podtrzymującą opaskę brzuszną, opuściła klinikę jako zupełnie uleczona.

Drugi przypadek tyczy się chłopca, lat 8 liczącego, wzrostu stosunkowo średniego, odżywienia nędznego, o powłokach bladych i podściółce tłuszczowej bardzo skąpej. Z anamnezy dowiedziano się, że chory od dziewięciu miesięcy czuł w lewym boku dość znaczny guz; za dotknięciem się guz ten był początkowo bolesny, równocześnie miewał chory ciągłe kruczenia i przelewania się w brzuchu; stolce bywały po kilka razy dziennie, w bardzo nieznacznych jednak ilościach, wiatry odchodziły prawidłowo. Po przybyciu chorego do kliniki wykazało badanie, co następuje: Brzuch jednostajnie wzdęty; macając, czuje się w lewym boku guz sięgający w linii łopatkowej lewej do lewego podżebrza, następnie wzdłuż talerza biodrowego przesuwający się ku dołowi i przodowi i nareszcie gubiący się w linii środkowej w małej miednicy. Guz ten był ruchomy, konsystencyi dość miękkiej, elastycznej, bez objawów chełbotania, niebolesny, kształtu kiełbasowatego. Za obmacywaniem występowały wzmożone ruchy robaczkowe, przyczem pętle jelita mocno napięte rysowały się bardzo wyraźnie przez powłoki brzuszne; równocześnie słychać było charakterystyczne kruczenia i przelewania się w brzuchu. Po rozpoznaniu wgłobienia jelita wykonał prof. Rydygier laparotomię, przyczem okazało się, że znaczna część jelita biodrowego wraz z jelitem ślepem, w długości razem około półtora metra, była wgłobioną w jelito grube. Zrostów nie było i tu, jak w poprzednim przy-

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin. 1893. s. 77—78.

[2]) Łucki: Sprawozd. Zjazdu chirurgów polskich 1892 r.

padku, udało się również w części przez pociąganie, w części przez uciskanie wydobyć całą wpochwioną część jelita i ułożyć prawidłowo; okazało się przytem, że kreska wgłobionej części jelita była nieprawidłowo długą. Dla zapobieżenia ponownemu wgłobieniu unieruchomiono jelito ślepe, przyszywszy jego kreskę kilkoma szwami z grubego katgutu do odpowiedniej części ściany brzusznej. Przebieg rany pooperacyjny był niegorączkowy, rana zagoiła się przez rychłozrost; chory w trzy tygodnie po operacyi opuścił klinikę jako zupełnie uleczony.

Zastósowana tu przez prof. Rydygiera metoda zapobiegania ponownym wgłobieniom jelita za pomocą przyszycia jego kreski do ściany brzusznej, ma jednak tę poważną wadę, że przy przyszywaniu kreski możemy łatwo zachwycić w szew naczynia kreskowe, co następnie mogłoby dać powód do obumarcia odpowiedniej części kiszki. W naszym przypadku, gdy chory w kilka dni po operacyi czuł się podmiotowo mocno osłabionym i skarżył się na bóle w brzuchu, gdy i przedmiotowo wykazaliśmy dość znaczne wzdęcie brzucha i brak stolca i wiatrów, powstało przypuszczenie owej właśnie nekrozy tak, że prof. Rydygier zdecydowany był w razie przedłużania się wspomnianych objawów przystąpić do powtórnej laparotomii; nie okazała się ona jednak potrzebną, gdyż objawy, powstałe prawdopodobnie na tle histerycznego usposobienia dziecka, ustąpiły same przez się.

Wobec tego, by zabezpieczyć się na przyszłość od tego rodzaju obaw, prof. Rydygier zamierza w podobnych przypadkach przyszywać do ściany brzusznej nie kreskę jelita, lecz samo jelito.

Opierając się na tych dwóch przypadkach, sądzę, że *desinvaginatio*, t. j. wyciąganie wgłobionego jelita powinno znaleść na przyszłość w leczeniu wgłobień jelita szersze, niż dotychczas zastósowanie tembardziej, że leczy ono, jak wskazują przytoczone przypadki, nawet i bardzo długo trwające wgłobienia. Okoliczność ta, o ile mi się zdaje, nie jest dotychczas dostatecznie znana, czego dowodem najlepszym, jak sądzę, jest zaprzeczenie jej przez Königa; z drugiej zaś strony wyciąganie wgłobionego jelita jest rękoczynem bezporównania niewinniejszym, niż usuwanie zwężonej przez wgłobienie części jelita za pomocą resekcyi lub wykluczanie go tą lub inną metodą. Wobec tego sądzę, że do tych ostatnich metod lekarz uciekać się powinien jedynie w tych prawdopodobnie rzadkich przypadkach, gdzie poprzednio wypróbowana desinwaginacya nie osiągnęła pożądanego skutku.

II. Z kliniki gnekologiczno-położniczej pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.

Ventrofixatio uteri.

Odczyt w sekcyi ginekol. VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Podał

Dr. Ludwik Świtalski,

II. asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

5) J. B., lat 42, zamężna, z Smęgorzowa. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata.*

16. Kwietnia. *Ventrofixatio uteri.*

Wywiady: Zamężna od lat 17-tu, nie rodziła, roniła 4 razy, zawsze w pierwszych trzech miesiącach ciąży, ostatnie poronienie przed trzema laty. Miesiączkowała do Grudnia 1893. roku prawidłowo. W Grudniu po spadnięciu do rowu miały wystąpić mocne bóle dołem, krwawienia z macicy i od tego czasu czuje się ciągle słabą. Miewa boleści dołem i w krzyżach wzmagające się znacznie podczas regularności. Leczona w szpitalu przez 2 miesiące bezskutecznie.

Stan obecny: Macica prawidłowej wielkości, w tyłozgięciu, nie daje się odprowadzić ani palcami ani zgłębnikiem; przy usiłowaniu odprowadzenia, które sprawia ból, czuć można napinające się postronki.

16. Kwietnia wykonano laparotomię, oddzielono zrosty łączące macicę z tylną ścianą miednicy i przyszyto macicę do przedniej ściany brzusznej w ten sam sposób, jak w poprzednim przypadku.

Przebieg: Po operacyi chora przez dwa tygodnie gorączkowała, miewała dreszcze i bóle w okolicy rany.

11. Maja opuszcza klinikę z macicą w przodopochyleniu, do ściany brzusznej przyrosłą. Chora ostatni raz zgłosiła się do kliniki 30. Maja a badanie wtenczas wykazało macicę tak samo ułożoną. Podmiotowo czuje się zdrowa, boleści nie doznaje żadnych a regularności odbytej w połowie Maja towarzyszyły tylko nieznaczne bóle w krzyżach.

6) S. J., lat 23, zamężna, z Posady Górnej. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata. Perisalpingitis et perioophoritis adhaesiva. Hydrosalpinx ambilateralis.*

28. Kwietnia. *Salpingectomia ambilateralis. Castratio. Ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Regularność od 17. roku życia powtarzała się prawidłowo. Zamężna od lat 5-ciu, nie roniła, rodziła raz przedwcześnie w ósmym miesiącu ciąży przed czterema laty, poród bliźniaczy. W cztery tygodnie po porodzie wystąpiły mocne bóle dołem brzucha, które utrzymywały się przez kilkanaście dni. Od dwu lat czuje się chorą, przy pracy doznaje bólów dołem i w krzyżach, które mocniej występują podczas regularności; przy spokojnem zachowaniu się chora nie doznaje żadnych dolegliwości. Spółkowanie od dłuższego czasu bardzo bolesne tak, że chora tylko z wielką niechęcią miewa stósunek z mężem. Stolec często z bólami, zwłaszcza przy oddawaniu kału twardego.

Wobec macicy tyłozgiętej, mocno przyrosłej i zmian w obu trąbkach, przystąpiono odrazu do leczenia operacyjnego.

28. Kwietnia po rozcięciu powłok brzusznych przeciągnięto przez przednią ścianę macicy podniesionej od strony pochwy nitkę jedwabną, za pomocą której przez cały przeciąg operacyi podtrzymywano macicę ku górze. Obie trąbki znacznie, bo do grubości małego palca porozszerzane, pokręcone, wraz z powiększonymi jajnikami (zwyrodnienie torbielkowate) ze wszystkich stron poprzyrastałe do sąsiedztwa, z wielką trudnością oddzielono i odcięto, poczem uwolnioną macicę wszyto w dolny brzeg rany.

Przebieg pooperacyjny pomimo dwugodzinnego trwania operacyi całkiem prawidłowy.

20. Maja chora opuszcza klinikę a badanie wykazuje obok macicy, w przodopochyleniu i zgięciu przyrosłej do ściany brzusznej po stronie prawej i od tyłu macicy małą wypocinę, za uciskiem nieco bolesną. Zalecono kąpiele rymanowskie. Podmiotowo pacyentka nie doznaje obecnie żadnych dolegliwości, jak mi donosi w liście z dnia 20. Lipca.

7) P. M., lat 35, stanu wolnego, z Harbutowic. Rozpoznanie: *Cystis ovarii dextri partim accreta ad parietem anteriorem abdominis. Retroflexio uteri partim fixata.*

5. Maja. *Ovariotomia. Ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Badanie w miesiąc po operacyi, w którym to czasie chora opuszcza klinikę, wykazuje macicę do powłok brzusznych przyrosłą. Chora nie doznaje żadnych dolegliwości.

8) G. K., lat 43, zamężna, z Dobrej. Rozpoznanie: *Osteomalacia. Retroflexio uteri libera.*

29. Maja. *Castratio. Ventrofixatio m. Leopold.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. W półtora miesiąca po operacyi macica w przodopochyleniu i zgięciu przyrosła do ściany brzusznej.

9) W. S., lat 32, zamężna, z Przemyśla. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata. Descensus ovarii utriusque accreti.*

19. Maja. *Ventrofixatio uteri m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Miesiączkowała od 16. roku życia prawidłowo. Zamężna od lat 12-tu, nie rodziła, miała raz ronić w drugim miesiącu ciąży. Czuje się słabą od lat sześciu. Miewa częste bóle dołem brzucha, liczne przypady nerwowe jak pokłuwania, trętwienie, bóle w nogach. Regularność powtarza się co 4 tygodnie z miernymi bólami w krzyżach. Od roku spółkowanie bardzo bolesne tak, że chora unika stósunku z mężem i z powodu tego czuje się bardzo nieszczęśliwą. Leczy się od sześciu lat bez żadnego skutku.

Badanie wykazuje macicę prawidłowej wielkości w tyłozgięciu, do tylnej ściany miednicy przyrosłą. Oba jajniki nisko ułożone bolesne, nieruchome.

19. Maja wykonano laparotomię: na tępo oddzielono zrosty łączące macicę z tylną ścianą miednicy i odbytnicą. Po oddzieleniu zrostów dosyć znaczne krwawienie, które uciskiem gazy jodoformowej powstrzymano. Następnie częścią na tępo a częścią nożyczkami pooddzielano zrosty jajnikowe i przyszyto macicę do ściany brzusznej. Przez pierwsze trzy dni po operacyi ciągłe wymioty i mocne bóle dołem i w krzyżach. Dalszy przebieg zaburzony powstaniem wypociny koło jajnika prawego, która jednak pod wpływem środków resorbcyjnych ustąpiła prawie całkowicie.

26. Czerwca chora opuszcza klinikę a przez badanie można przekonać się, że macica znajduje się w przodopochyleniu i w lekkiej elewacyi do ściany brzusznej przyrosła. Po stronie prawej macicy wysoko można wybadać jajnik nieco tkliwy, nieruchomy; lewego jajnika wybadać nie można. Chora skarży się na bóle w krzyżach.

10) B. M., lat 22, zamężna, z Cła. Rozpoznanie: *Anteflexio uteri retropositi. Descensus ovarii utriusque.*

29. Maja. *Ventrofixatio uteri m. Leopold.*

Wywiady: Zamężna od 2 lat, nie roniła, nie rodziła. Pierwsza regularność w 18. roku życia, dopiero po przerwie rocznej zaczęła się powtarzać nieregularnie z bólami dołem i w krzyżach, które dotąd zawsze towarzyszą regularności. W ostatnich miesiącach bóle te występują i poza regularnością. Od miesiąca krwawienie z macicy. Spółkowanie często bolesne.

Stan obecny: Część pochwowa nieco niżej ustawiona, w osi miednicy. Trzon wielkości i zbitości prawidłowej, ruchomy, w przodozgięciu. Szyjka mocno podciągnięta ku tyłowi przez więzadła tylne, które można wybadać w postaci napiętych postronków. Po obu stronach, nieco ku tyłowi, blisko macicy, poniżej jej ujścia wewnętrznego można wybadać jajniki ruchome, tkliwe, nieco większe.

29. Maja laparotomia. Trzon macicy podniesiono ku przodowi i górze i przyszyto do powłok brzusznych sposobem Leopolda. Oba jajniki przytem podniosły się znacznie.

Przebieg: W okolicy dolnej części rany ropienie i rozejście się brzegów, przez co leczenie znacznie przedłużone. Badanie 5. Lipca wykazuje macicę w przodopochyleniu przyrosłą do ściany brzusznej. Jajników wybadać nie można. Krwawienie, które utrzymywało się jeszcze przez kilka dni, ustąpiło całkiem po operacyi. Podmiotowy stan zdrowia bardzo dobry.

11) G. E., lat 38, zamężna, z Bojanowa. Rozpoznanie: *Retroversio uteri fixata. Perisalpingitis et perioophoritis adhaesiva.*

4. Kwietnia. *Ventrofixatio uteri m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Pierwsza miesiączka w 18. roku życia powtarzała się regularnie z bólami dołem i w krzyżach. Zamężna od lat 19-tu, nie rodziła, prawdopodobnie raz roniła. Od trzech miesięcy regularność obfitsza niż dawniej, utrzymuje się do 12-tu dni i łączy się z mocnymi bólami, które i po regularności, lubo w mniejszym stopniu, utrzymują się. Spółkowanie bolesne. Od kilku miesięcy białe upławy. Leczona przez czas dłuższy.

Stan obecny: Część pochwowa stożkowata, w osi miednicy ustawiona, zbitości prawidłowej. Ujście tworzy szparkę poprzeczną o brzegach gładkich. Trzon macicy zwrócony ku tyłowi, z powodu zrostów nie daje się odprowadzić. Po obu stronach macicy można wybadać oba niżej ułożone, nieruchome jajniki.

4. Czerwca. Po rozcięciu powłok brzusznych taśmowate zrosty, łączące trzon macicy z tylną ścianą miednicy i odbytnicą, częścią poprzerywano palcami, grubsze zaś przecięto po podwiązaniu. Oba jajniki, jak również trąbki połączone zrostami ze sąsiedztwem, oswobodzono i następnie przyszyto macicę do ściany brzusznej.

Przebieg: W okolicy dolnej połowy rany ropienie i rozejście się brzegów. Skoro brzegi rany pokryły się granulacyami, założono szwy wtórorzędne, poczem rana zgoiła się przez rychłozrost.

15. Lipca opuszcza klinikę, nie doznając żadnych dolegliwości a badanie wykazuje macicę do powłok brzusznych przyrosłą. Jajników wybadać nie można.

12) K. A., lat 48, zamężna. z Jaworzna. Rozpoznanie: *Inversio vaginae, prolapsus completus uteri retroflexi. Metritis universalis majoris gradus. Cystis ovarii sinistri libera.*

9. Czerwca. *Operatio inversionis vaginae modo Freund. Perineorrhaphia m. Lawson-Tait. Ovariotomia. Ventrofixatio m. Leopold.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy; wynik jednak nie całkiem dobry, gdyż z powodu zawczesnego wyjęcia szwów macica znacznie cięższa nie przyrosła do ściany brzusznej; pomimo tego jednak stale utrzymuje się ku przodowi.

Wykonaliśmy więc wentrofiksacyą przy sposobności, t. j. obok laparotomii z innego wskazania pięć razy (cztery razy guzy jajnikowe 1. 2. 7. 12., raz wytrzebienie z powodu rozmiękczenia kości 8.) i to trzy razy z powodu wypadnięcia, dwa razy z powodu tyłozgięcia macicy.

Wentrofiksacyę jako zabieg samoistny wykonano siedm razy: cztery razy w tyłozgięciu lub tyłopochyleniu macicy przyrosłej (3. 6. 4. 5.) dwa razy w tyłozgięciu macicy ustalonej i opadnięciu jajników (9. 11.), raz w przodozgięciu macicy ku tyłowi przeciągniętej i obniżeniu jajników (10). W tym ostatnim przypadku wykonaliśmy operacyę głównie z powodu obniżenia jajników.

Raz przed przyszyciem macicy odcięto jedną zmienioną trąbkę (3) i raz odcięto obie zmienione trąbki i jajniki (6).

Operowaliśmy zawsze w ułożeniu chorej poleconem przez Trendelenburga. Cięcie brzuszne prowadzono dosyć długie, ku dołowi, jak najbliżej spojenia łonowego. Asystent zwykle wysuwał ku górze macicę od strony pochwy, a gdy to okazało się niedostatecznem, przeciągano przez przednią ścianę nitkę jedwabną i za pomocą niej podtrzymywano macicę wygodnie ku górze. W jednym jednak przypadku po wyjęciu nitki z nakłuć wystąpiło dosyć znaczne krwawienie tak, że musiano przystąpić do okłucia otworków. Zrosty oddzielano na tępo palcami, grubsze zaś podwiązywano i przecinano. Krwawienie dosyć znaczne po oddzieleniu zrostów, jakie wystąpiło u chorej pod 9., było następstwem tego, że dla zbyt utrudnionego przystępu nie można było podwiązać zrostów grubszych. Ucisk gazą jodoformową wystarczył do powstrzymania krwawienia. Do szycia używaliśmy jedwabiu i katgutu sublimatowego. Trzy razy operowano metodą Leopolda (8. 10. 12.), dwa razy z dobrym skutkiem, raz ze złym z powodu zawczesnego wyjęcia szwów. W tym ostatnim jednak przypadku, jakkolwiek nie wytworzyły się zrosty

między macicą a ścianą brzuszną, macica stale utrzymywała się ku przodowi. Siedm razy operowano metodą Czernego z modyfikacyą Terriera, zawsze z dobrym skutkiem a dwa razy (4. 5.) z moją modyfikacyą, polegającą na tem, że szwy przeprowadzono nie przez przednią, lecz przez tylną ścianę macicy. Do tej modyfikacyi skłoniły mnie następujące okoliczności: Po oddzieleniu zrostów łączących macicę z tylną ścianą miednicy w przypadku 5-tym i odprowadzeniu macicy ku przodowi, układała się ona tak w przodozgięciu, że górna część tylnej ściany przylegała do przedniej ściany brzusznej, co tem wybitniej występywało, że macica była o 3 cm. dłuższą od prawidłowej. Wyrozumowawszy zaś teoretycznie, że w tem położeniu macicy wytwarza się więcej miejsca dla pęcherza moczowego, że w razie przyszycia wytworzą się zrosty tylko na wąskim obszarze, co w razie ciąży może się okazać korzystnem, dalej, że to położenie macicy najwięcej jest zbliżone do fizyologicznego a wreszcie, że gdyby się później zrosty rozluźniły, to w tem położeniu macica łatwiej się ku przodowi utrzyma, przyszyłem ją w ten sposób w powyższym przypadku.

Wynik pooperacyjny był bardzo dobry. Wszystkie przypady ustąpiły w krótkim czasie; regularność po operacyi nie była tak obfita i bez boleści a pomniejszenie macicy, wygojenie samoistne rozległej nadżerki i ustąpienie upławów jest najlepszym dowodem, że w tem położeniu macicy utrzymuje się krążenie prawidłowe. Wynik pomyślny w pierwszym przypadku skłonił mnie do powtórnego zastósowania tej modyfikacyi z wynikiem również dobrym.

Jakkolwiek czas obserwacyi w naszych przypadkach jest za krótki, aby można należycie ocenić wyniki pooperacyjne, to w każdym razie można już teraz przekonać się niewątpliwie o wartości tego zabiegu operacyjnego.

Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem.

W pierwszym przypadku całkowitego wypadnięcia macicy uzyskaliśmy wynik bardzo dobry, gdyż pomimo, że nie wykonano żadnej operacyi plastycznej pochwy, w 7 miesięcy po operacyi macica znajduje się w nadanem jej przez przyszycie położeniu a pochwa nawet pomimo silnego parcia nie wysuwa się na zewnątrz. Chora ta zaszła w cztery miesiące po operacyi w ciążę i nie doznaje najmniejszych dolegliwości.

Drugi przypadek wypadnięcia macicy usunął się z pod obserwacyi; w pięć tygodni jednak po operacyi był wynik całkiem zadawalniający. W tyłozgięciach i pochyleniach macicy wyniki były również bardzo dobre, macica we wszystkich przypadkach przyrosła do ściany brzusznej a w przypadkach obniżenia jajników wynik był tak dobry, że je albo tylko z wielką trudnością albo wcale nie można było wybadać.

Podmiotowo stan chorych po operacyi albo był całkiem dobry albo poprawił się znacznie.

Pomimo tak korzystnych wyników, jakie uzyskaliśmy przez przyszycie macicy do przedniej ściany brzusznej w przypadkach przez długi czas poprzednio bezskutecznie leczonych, uważałbym zabieg ten operacyjny za ciężki i polecenia godny tylko w tych razach, gdzie leczenie zwykłe w całości wyczerpano a przypady zatruwające życie chorej, utrzymują się w jednakim stopniu. Należy jednak tak w tym jak i w innych zabiegach operacyjnych uwzględnić i stanowisko społeczne kobiety i stósunki, w których kobieta przebywa.

Prędzej bowiem skłonimy się do wykonania tej operacyi u osoby z pracy rąk żyjącej, nie mogącej poddać się leczeniu przeciągającemu się nieraz na całe miesiące a domagającej się szybkiego wyleczenia. A jeżeli przytem uwzględnimy, że u osób tych niekiedy z dala od lekarza przemieszkujących i leczenie krążkami nie jest całkiem obojętne a brak utrzymania w czystości pochwy i usunięcie się z pod kontroli lekarskiej nie rzadko pociąga za sobą złe następstwa, których cały szereg opisał Neugebauer w broszurze p. t.: *Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien. Leipzig 1895*, to niezawodnie w tych przypadkach z wykonaniem zabiegu operacyjnego nie będziemy ociągali się zbyt długo.

Na podstawie spostrzeżeń klinicznych, wskazania do wentrofiksacyi ustanowiłbym następujące:

1) W tyłozgięciach macicy ustalonych, którym towarzyszą uporczywe przypady a leczenie mechaniczno-resorpcyjne pozostaje bez skutku.

2) W tyłozgięciach tak wolnych jak i ruchomych i wypadnięciu macicy, gdy się robi laparotomię z innego wskazania jak guzów jajnikowych, macicznych, torbieli pozajajnikowych.

3) W zboczeniach macicy ku tyłowi i opadnięciu jajników, jeżeli te nie cofną się ku górze w razie odpowiedniego leczenia a przypady nagabujące chorą, są następstwem nieprawidłowego położenia jajników.

4) W wypadnięciach macicy, gdy ani leczenie krążkami ani zwykłe zabiegi operacyjne na międzykroczu i pochwie nie prowadzą do celu.

5) Przy tyłozgięciach macicy wolnych przychyliłbym się do zdania Pozziego, aby wprzód wykonać operacye Aleksandra Adamsa.

W końcu czuję się obowiązanym podziękować swemu szefowi, Szan. prof. Jordanowi za łaskawe odstąpienie mi kilku przypadków operacyjnych i za pozwolenie ogłoszenia niniejszego zdania sprawy.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

Yersin: Zaraza morowa w Hong-Kong.

Zaraza morowa panowała już dosyć długo endemicznie na wyżynach Yunnanu i od czasu do czasu ukazywała się na granicy posiadłości francuzkich w Indochinach, w Mong-Tzé, Lang-Czeu i Pakhoi, gdy w Marcu r. b. pojawiła się w Kantonie i w kilku tygodniach sprzątnęła 60,000 ludzi, na początku zaś Maja wystąpiła w Hong-Kong w sposób bardzo zabójczy dla ludności chińskiej tego miasta.

Ponieważ ze względu na wielki ruch handlowy między Kantonem i Hong-Kong z jednej a Hong-Kong i Tonkinem z drugiej strony zachodziła obawa przeniesienia się zarazy do posiadłości francuzkich, przeto francuskie ministerstwo osad zamorskich poleciło autorowi udać się do Hong-Kong, zbadać chorobę i podać sposoby zapobieżenia przeniesienia się jej do posiadłości francuskich.

15. Czerwca r. b. przybył autor do Hong-Kong, gdy już 300 Chińczyków uległo zarazie, urządził sobie pracownią bakteryologiczną w pobliżu głównego szpitala i przekonał się, iż epidemia panująca w Hong-Kong nie jest niczem innem, jak tylko dawną zarazą morową, która niegdyś dziesiatkowała ludność w Europie, po raz ostatni panowała w Marsylii w roku 1720. i od tego czasu pojawia się tylko w ogniskach odosobnionych w Persyi, Arabii i prowincyi chińskiej Yuannamie.

Po inkubacyi trwającej $4^1/_2$ do 6 dni choroba występuje nagle w postaci ogromnego upadku sił, do którego przyłącza się wkrótce wysoka gorączka, często z bredzeniem. Zaraz pierwszego dnia pojawia się dymienica, zwykle tylko jedna, w 75% przypadków w pachwinie, w 10% pod pachą, rzadko na karku lub w innych miejscach.

Dymienica ta dochodzi bardzo rychło do wielkości jaja kurzego. Śmierć następuje z upływem 48 godzin a dosyć często i wcześniej. Jeżeli życie przedłuża się do 5 do 6 dni, rokowanie staje się lepszem, dymienica mięknie i można przez nacięcie wypuścić z niej ropę.

W niektórych przypadkach nie ma czasu na wytworzenie się dymienicy a wtedy widzi się krwotoki do błon śluzowych i petocie (*taches petéchiales*) na skórze.

Śmiertelność z zarazy morowej jest bardzo znaczna i wynosiła w szpitalach 95%.

W dzielnicach miasta nawiedzonych przez epidemię leżało na ziemi mnóstwo padłych szczurów. Uwagi godna, że w części miasta, w której zaraza ukazała się naprzód, budowano właśnie nowy kanał ciasny i z osadnikami (*cuvettes à décantation*) trudnemi bardzo do czyszczenia, wychodki zaś zaopatrzone są w beczki ruchome, które wymienia się codziennie, zużywając materye kloaczne po stósownem przerobieniu do uprawy ogrodów położonych na brzegu rzeki mającej ujście do morza.

Mieszkania uboższych warstw ludności chińskiej są nadzwyczaj ciasne, niechlujne i przepełnione. Wiele z nich nie ma nawet okien i leży poniżej poziomu ulicy. Pojąć przeto łatwo, jak takie stosunki sanitarne sprzyjają rozwojowi epidemii i jak je trudno naprawić. Proponowano też w celu powstrzymania zarazy spalić całą dzielnicę przez Chińczyków zamieszkałą, lecz myśl ta rozbiła się o koszta.

Dotychczas bardzo mało Europejczyków uległo zarazie, dzięki niewątpliwie ich lepszym pod względem higienicznym mieszkaniom, które wszakże nie są zupełnie bezpieczne, jeżeli się zważy, że nieraz w ich pobliżu znajdują się padłe na zarazę szczury.

Lekarze miejscowi, którzy już nieraz widzieli epidemie zarazy morowej, powiadają, iż przed wystąpieniem u ludzi pojawia się zaraza bardzo gwałtownie u myszy, szczurów, bawołów i świń.

Z poszukiwań bakteryologicznych autora wypada, że miazga w dymienicach składa się z samych prawie laseczników, krótkich a grubych z końcami zaokrąglonemi, łatwych do zabarwienia barwikami anilinowemi a nie barwiących się metodą Grama. Końce laseczników barwią się o wiele mocniej, niż środek. Niekiedy wydaje się, jakoby laseczniki były otoczone torebką. Znajdują się one w wielkiej ilości w dymienicach i w gruczołach limfatycznych, niekiedy także także i we krwi, ale w małej ilości; nie ma zaś ich we krwi w przypadkach bardzo ciężkich i rychło kończących się śmiercią.

Z miazgi dymienic, zasianej na żelozie[1]) rozwijają się kolonie białe, przeźroczyste, z brzegami iryzującemi, jeżeli bada się w świetle odbitem.

Jeszcze lepiej udają się hodowle na żelozie, do której dodano gliceryny.

Myszy, szczury i świnki morskie zaszczepione miazgą z dymienic giną z wszelką pewnością a przy autopsyi widać zmiany charakterystyczne z mnóstwem laseczników w gruczołach limfatycznych, śledzionie i krwi. Świnki morskie padają po 2 do 5 dniach, myszy po 1 do 3 dniach.

Można przenieść chorobę z jednej świnki na drugą zapomocą miazgi ze śledziony lub krwi. Im częściej odbyto przenoszenie, tem rychlej padają zwierzęta.

Gołębie nie giną, jeżeli zaszczepi się im umiarkowaną ilość czy miazgi z dymienic czy hodowanych laseczników.

W narządach wewnętrznych szczurów padłych czy to po domach czy po ulicach znajduje się mnóstwo laseczników. U wielu zwierząt można znaleść prawdziwe dymienice.

[1]) galarecie otrzymanej z pewnego mchu japońskiego.

Autor przekonał się, że po umieszczeniu obok siebie myszy zdrowych i szczepionych giną naprzód szczepione a następnie zdrowe, u których znów można wykazać właściwe laseczniki.

Nie ulega przeto wątpliwości, że zaraza morowa jest chorobą zaraźliwą i dającą się przeszczepić. Prawdopodobnie roznoszą ją głównie szczury. Autor przekonał się także w swej pracowni, że zarazę morową mogą przenosić i muchy, które od niej padają. Z much padłych w pracowni autora można było wyhodować w wielkiej liczbie laseczniki całkiem podobne do laseczników zarazy morowej a świnka morska zaszczepiona niemi padła po 48 godzinach, autopsya zaś wykazała zmiany właściwe zarazie morowej.

Również udało się autorowi otrzymać właściwe laseczniki ze ziemi wybranej w głębokości 4 do 5 cm. w domu nawiedzonym zarazą morową, w którym nawet próbowano desinfekcyi. Laseczniki te były bardzo podobne do laseczników wydobytych z dymienic, lecz nie były jadowite.

Z hodowli pochodzących ze krwi i dymienicy jednego chorego udało się autorowi wyhodować rozmaite odmiany lasecznika, różniące się pomiędzy sobą jadowitością względem zwierząt a nawet niektóre całkiem nieszkodliwe dla świnki morskiej. Również mógł autor wyhodować laseczniki całkiem nieszkodliwe nawet dla myszy z miazgi gruczołu limfatycznego rekonwalescenta z choroby od 3 tygodni.

To pozwala spodziewać się, ze znajdzie się sposób imunizowania zwierząt przeciw zarazie morowej. Autor rozpoczął w tej mierze doświadczenia i obiecuje, że z nich zda sprawę. (*Annales de l' Institut Pasteur*. 9. 25. Września 1894).

R.

Położnictwo.

A. Mermann: **Szóste sprawozdanie o porodach bez wewnętrznej desinfekcyi.**

Autor ważne to w praktyce pytanie rozbiera corocznie w *Centralblatt für Gynaekologie* począwszy od roku 1889. W pierwszej swej pracy zatytułowanej: Dwieście porodów bez profilaktycznych przepłukiwań pochwy pisze, iż uważa przepłukiwania pochwy przez położne za szkodliwe, nie tylko dla możebności zakażenia z zewnątrz, ale i dla tego, iż obałamucają położne. Zdaje im się bowiem, że przepłukiwanie pochwy jest równoznaczącem z desinfekcyą rąk. Zgadzając się zatem z zdaniem Bokelmanna, że każda prawidłowo rodząca jest aseptyczna, unikał autor w swym przytulisku dla położnych w Mannheimie konsekwentnie wszelkich przepłukiwań pochwy. I oto podawszy poprzednio do wiadomości sprawozdanie z 1000 porodów, podaje obecnie 300 świeżych przypadków. W tej liczbie było potrzebnych 65 zabiegów, i ani jednej położnicy nie stracił. Jedna kobieta tylko przeniesiona następnie z gruźlicą płuca do szpitala tamże umarła. Ani jednego przypadku ciężkiej choroby zakaźnej nie miał. Z całej liczby 1300 położnic umarły 4. Oprócz poprzednio wzmiankowanej chorej umarła jedna w skutek pęknięcia macicy, jedna w skutek raka żołądka i tylko jedna chora, przybyła do zakładu już zakażona, umarła w skutek gorączki połogowej. Śmiertelność ogólna wynosi przeto 0·3%, śmiertelność w skutek gorączki połogowej 0·06%; w zakładzie samym nie zakaziła się żadna chora.

U ostatnich 300 położnic tylko w 20 przypadkach podniosła się ciepłota do 38·0°C, chociaż w niektórych przypadkach przyczyną podniesienia się ciepłoty były choroby poza narządem płciowym. Z całej sumy 1300 porodów z rzędu bez przepłukiwań w pierwszej setce ciepłota podnosiła się ponad 38·0°C u 21%, z następnych 1200 porodów takie podniesienie ciepłoty zdarzyło się tylko u 5—7%, licząc w to już i podniesienie się ciepłoty n. p. w skutek ropni, choroby brodawek, które to cierpienia z sprawą chorobową macicy nic nie mają wspólnego. Autor sądzi, iż w pierwszej setce przypadków dla tego miał gorsze wyniki, bo służba jeszcze nie była dobrze wyćwiczoną i w skutek tego w osobistej desinfekcyi nie była dość skrupulatną.

Przy końcu swej rozprawki powołuje się autor z zadowoleniem na statystyczne zestawienie Madlenera, który wykazał, iż z końcem r. 1892. tylko w 8 niemieckich klinikach desinfekcyonowano położnc profilaktycznie, w 12 zaś tego zaniechano. (*Centralblatt für Gynaekologie* 1894 Nr. 33).

Bogdanik.

Odontologia.

W. Veit: **Niebezpieczeństwa noszenia sztucznych zębów.** (z klinik chirurg. Uniw. berlińskiego).

Połykanie płyt ze sztucznemi zębami nie jest rzeczą bynajmniej rzadką a niebezpieczeństwa ztąd wynikające nabierają nieraz bardzo poważnego znaczenia. Już samo wrażenie psychiczne, jakie na chorym wywiera połknięcie przedmiotu nierównego i kolczastego, który może pokaleczyć cały przewód pokarmowy, wystarcza, aby przyprawić go o mocne zboczenia nerwowe.

Piśmiennictwo podaje kilka przypadków, w których chorzy budząc się rano, nie znalazłszy w ustach swych zębów sztucznych, biegli do lekarzy, wskazując nawet miejsce, w którym ów kawałek miał utkwić w przełyku. Badania zgłębnikiem i wziernikiem nic nie wykazały, ale za to obfitsze w plon było przeszukanie pościeli, w której częstokroć znajdowano przyczynę fałszywego alarmu pod materacem lub poduszką.

Silver z Nowego Jorku opisuje połknięcie płyty przez 28-letnią kobietę, u której lekarz miał zepchnąć zgłębnikiem płytkę do żołądka. Natychmiast nastąpiły wymioty i bóle w dołku podsercowym. Po przeczekaniu przez parę dni, gdy płyta nie opuszczała przewodu pokarmowego, przystąpiono do operacyi. Gdy jednak w żołądku nic nie znaleziono, powiedziano chorej, że płytę usunięto; stan jej poprawił się znacznie a całą chorobę położono na karb histeryi. W pół roku potem chora ta przybyła do Nowego Jorku i tu znowu skarżyła się na bóle. Zadecydowano więc poddać ją po raz drugi operacyi. Po szerokiem nacięciu jamy brzusznej przeszukano cały przewód pokarmowy a nie znalazłszy nic, potwierdzono poprzednie mniemanie o histeryi. Chora opuściła szpital po kilku tygodniach a w rok powróciła do niego ze zmianami w szczytach, które w końcu stały się przyczyną zejścia śmiertelnego.

Sekcya wykazała w dolnej 3-ciej części przełyku płytę o 3 zębach, w zaułku przełyku otoczoną nowo wytworzoną tkanką.

Po większej części płyty połknięte wychodzą drogami naturalnemi za podaniem środków osłaniających, jak znacznych ilości kaszy lub ziemniaków.

Geisselbrecht w przypadku, w którym połknięto płytę o 6-ciu zębach z klamrami, podał z dobrym skutkiem chorej bawełnę zamieszaną z białkiem.

Na 7 przypadków, które Veit z własnych przytacza spostrzeżeń, w dwóch udało się zachowawcze leczenie, w pięciu innych przyszło do rękoczynu a mianowicie do ezofagotomii.

Bruno Fischer, który zebrał statystykę z operacyj robionych z powodu połknięcia płytek, na 22 ezofagotomie notuje 2 przypadki śmierci. Nie tak pomyślnie brzmi referat Veita z kliniki berlińskiej, gdyż na pięć operacyj dwie zakończyły się śmiertelnie. Z tych raz zakażenie gnilne a drugi raz zapalenie płuc było przyczyną niepomyślnego wyniku.

Najczęstszem miejscem, w którem płyty zaczepiają się, jest wązkie przejście przełyku tuż poza krtanią; w większej też części przypadków badanie wziernikiem prowadzi do pomyślnego końca. W badaniu zgłębnikiem trzeba być zawsze bardzo ostrożnym: po pierwsze dlatego, aby chrząstki nie mięszać z połkniętym przedmiotem, po drugie, że przy gwałtowniejszym spychaniu lub usiłowaniu wyciągnięcia płyty z gardziela, łatwo można ostrą klamrą lub odłamkiem kauczuku sprowadzić jeżeli nie przebicie, to przynajmniej okaleczenie ścian przełyku, które może wywołać nader niebezpieczne ropnie. Dlatego przestrzegać należy przed zbyt energicznemi usiłowaniami wydobycia płyty.

Jest istotnie w tem pewna słuszność, zazwyczaj bowiem płyta ta ma na swym brzegu tyle nierówności i ząbkowatych końców, iż trudno pomyśleć, aby bez obrażenia można ją wydobyć z fałdów błony śluzowej.

Prawie we wszystkich opisanych przypadkach rozchodziło się nie o płyty całe, ale o ich większe lub mniejsze kawałki. Przez przygryzienie twardego pokarmu lub upuszczenie pęka często płyta kauczukowa i mimo to częstokroć używa się jej dalej tak, że nie trudno sobie wyobrazić połknięcie takiego odłamku. Zdarza się to mianowicie, gdy dla dogodności zrobiono bardzo małą płytkę i nie umocowano jej dostatecznie.

Udławienie się płytą następuje zazwyczaj podczas snu. Bardzo wielu dentystów poleca chorym spanie ze sztucznemi zębami w ustach, gdyż ma to wywierać bardzo dobry wpływ na dokładne przyleganie protez. W wyjątkowych przypadkach, gdzie mamy wielkie protezy, można to polecić bez szkody, lecz zawsze trzeba być ostrożnym i wywiedzieć się dokładnie, czy osoba, której się to tyczy, jak często bywa, nie ma zwyczaju zgrzytania zębami lub mimowolnego ssania płyty we śnie. Co się tyczy małych albo nawet średnich płytek, winno się zawsze na noc je wyjmować dla uniknięcia nieprzyjemnych następstw a prócz tego trzeba koniecznie uważać na ich bardzo dokładne umocowanie, gdyż niekiedy połknięto płytkę nawet przy piciu wody.

W jednym z przypadków podanych przez Veita połknięta płyta dostała się do krtani. Chory przybył do kliniki z objawami ogromnej duszności; badanie wziernikiem wykazało, że szczęśliwym zbiegiem okoliczności płytka sama przeszła przez światło tchawicy a dwa do niej przyczepione sztuczne zęby zaczepiły się o wiązadła głosowe. Usiłowania wydobycia za pomocą kleszczyków sprawiły mocny obrzęk tak, że musiano przystąpić do rozcięcia tchawicy, poczem dopiero usunięto przeszkodę.

W końcu wspomnieć tu trzeba, że należy wyjmować sztuczne zęby przed każdą narkozą, gdy udławienie się lub aspirowanie płyty łatwo nastąpić może podczas uśpienia. (*Verhandlungen der deutschen odontologischen Gesellschaft.* Tom V. Zeszyt IV).

Dr. W. Łepkowski.

Zapiski terapeutyczne.

— H. Kucharzewski (w Warszawie): O działaniu terapeutycznem wodochlorku fenokolu. Wodochlorek fenokolu czyli amidoacetoparafenetydyna jestto proszek biały, krystaliczny, o słabej woni aromatycznej, smaku gorzkosłonawym, rozpuszczający się, lubo dosyć trudno, we wodzie i wyskoku, nie rozpuszczający się w eterze i chloroformie, rozpuszczający się zaś w glicerynie w temperaturze 60° w stósunku 1 : 2.

Zachęcony pomyślnymi skutkami otrzymanymi przez innych, rozpoczął autor swe doświadczenia z wodochlorkiem fenokolu (z chemicznej fabryki akcyjnej, dawniej E. Scheringa w Berlinie) jeszcze w roku 1891 i używał go w 3 przypadkach suchot płucnych, 1 duru brzusznego, 1 róży na twarzy, 2 bólu kulszowego (*ischias*), 1 kamicy żółciowej, 1 zapalenia przewlekłego rdzenia pacierzowego, 1 rwy nerwu troistego, 4 przewlekłego i 1 ostrego gośćca.

Z doświadczeń tych autora wypada:

1) Wodochlorek fenokolu jest dobrym i pewnym środkiem przeciwgorączkowym. Dawka 0.50 do 0·60 co 2 godziny. Często wystarcza jedna tylko dawka, zazwyczaj trzeba 2 lub 3, rzadko 4. Obniżeniu się temperatury towarzyszą niekiedy poty, powtórnemu zaś podniesieniu się jej niekiedy lekkie dreszczyki.

2) W newralgiach wystarczają 3 lub 4 dawki po 0.50 niekiedy do zupełnego usunięcia bólu, w innych razach tylko do ich zmniejszenia.

3) W trzech (na 4) przypadkach gośćca przewlekłego poprawił się stan znacznie po zadaniu fenokolu. W przy-

padku zaś ostrego gośćca stawowego obniżył fenokol temperaturę, nie wywarł jednak wpływu na samą chorobę.

4) W żadnym przypadku przez siebie spostrzeganym nie widział autor po użyciu fenokolu szkodliwego działania na serce, płuca, przewód pokarmowy, skórę i nerki. W moczu, który po zadaniu fenokolu nabierał niekiedy barwy ciemnej, nie było białka. (*St. Petersburger med. Wchschft.* 15. Września 1894).

— W. Holstein (w Paryżu): O niektórych mało znanych skutkach terapeutycznych wodanu chloralu. W praktyce często uważa się bardzo mało na wielorakość działania leków. Skoro tylko jakiś lek poznanym zostanie z głównego swego działania leczniczego, powstaje pewna dążność używania go tylko w tym celu a zaniedbywania go pod względem innych jego skutków terapeutycznych. Tak n. p. chloralu używa się prawie wyłącznie jako leku nasennego i uspakajającego i nie ma wątpliwości, że to jego działanie jest najwybitniejsze

Chloral wszakże nie tylko jest znakomitym środkiem nasennym, lecz zwalnia także skurczone tężcowo mięśnie gładkie i rozszerza dzielnie naczynia na obwodzie. Tego jednak działania chloralu ani nie badano dostatecznie ani go w praktyce należycie dotychczas nie wyzyskano.

Rokitansky w Inspruku zaleca chloral z jodkiem potasu w dychawicy oskrzelowej a Pal w Wiedniu używa chloralu w krwotokach z dróg oddechowych w celu rozszerzenia naczyń w skórze i odprowadzenia w ten sposób krwi od narządów wewnętrznych, mianowicie płuc.

W podobnym celu zaleca Szerszewski wodan chloralu kilka razy dziennie po 15 do 20 centygramów z jodkiem potasu w tętniaku tętnicy głównej *(aneurysma aortae)*, sam wodan chloralu zaś przeciw tak niemiłemu ziębnieniu rąk i nóg u osób niedokrewnych i neuropatycznych.

Autor przekonał się, że wodan chloralu jest dobrym środkiem przeciw uporczywemu zaparciu żywota, tak pospolitemu w wielu nerwicach. $1^1/_2$ grama chloralu zadanego wieczorem przed udaniem się na spoczynek wystarcza do wypróżnienia nietylko w dniu następnym, ale i przez kilka dni potem z rzędu. W tej mierze wodan chloralu podobny jest do atropiny z tą tylko różnicą, iż działa mocniej i pewniej, niż rozmaite przetwory pokrzyku wilczej jagody *(atropa belladonna)*.

Oczywistą jest rzeczą, że chloral przepisuje się przeciw zaparciu żywota tylko od czasu do czasu i ma się przytem na uwadze pewne przeciwwskazania, jak wady organiczne serca, trądzik czerwony (*acne rosacea*) i ciężkie formy histeryi. *(La semaine médicale* 26. Września 1894).

— P. Samter (w Królewcu): Przypadek mięsaka wyleczony przez zadawanie wewnętrznie arszeniku. Przypadków wyleczenia raka skórnego przez zażywanie arszeniku znamy już z piśmiennictwa kilka a w ostatnich czasach opisał Lassar (por. Nr. 37. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.) przypadek czerniaka skóry wyleczony również arszenikiem. Do tych przypadków przybywa teraz przypadek mięsaka u panny 23-letniej, usadowiony na główce lewej piszczeli i dwukrotnie operowany bez skutku, ponieważ nowotwór odnawiał się po operacyi. Kiedy autor widział chorą poraz pierwszy, po drugiej recydywie, miał nowotwór wielkość jabłka, gruczoły limfatyczne w pachwinie, w pasze, również jak i kolano, wszystko po stronie lewej były obrzmiałe a chodzenie i stanie dla mocnych bólów niemożliwe. Ponieważ chora nie przystała na amputacyę, ograniczył się autor do powierzchownego zeskrobania nowotworu w celu zbadania mikroskopijnego, które wykazało mięsak o komórkach olbrzymich, a zadał wewnętrznie pigułki zawierające po $2^1/_2$ miligrama kwasu arsenawego, dochodząc z niemi powoli do 10 na dzień, nowotwór zaś opatrywał po dwa razy na tydzień tylko gazą jodoformową.

Po 9 miesiącach takiego leczenia przekonał się autor o bardzo znacznem zmniejszeniu się tak gruczołów limfatycznych w pasze i w pachwinie, jak i samego nowotworu, tudzież ustąpieniu bólów i swobodnem używaniu lewej nogi; wyskrobał znów nowotwór i zadawał jeszcze przez dwa lata arszenik wewnętrznie aż do zupełnego usunięcia choroby, po której pozostało tylko małe zgłębienie w kości wypełnione ziarniną, nie okazującą pod mikroskopem ani śladu tkaniny mięsakowej.

— Do leczenia miernego nieżytu dróg oddechowych zaleca Roux na podstawie własnego doświadczenia wdychanie przez nos i usta przez 2 do 3 minut po kilka razy dziennie wody kolońskiej wylanej na chustkę od nosa. W przypadkach autora ustąpił katar już po 24 godzinach po 4 lub 5 wetchnięciach wody kolońskiej i nie zajął ani tchawicy ani oskrzeli.

Woda kolońska używana przez autora miała skład:

118) Rp. *Olei bergamottae*
Olei cort. aurantiorum
āā 100·000
Olei citri
Olei rorismarini āā 20·00
Olei aurantii fructus 20·00–25·00
Spir. vini (90%) 975·00

Ponieważ wdychania wyskoku nie skutkują, przeto Roux jest zdania, ze skutecznymi są tylko olejki lotne. *(Lyon médical* 2. 1894).

— W oparzeniach zaleca Starr maść:

119) Rp. *Liquoris ferri sesquichlorati* 3·00
Vaselini 24·00

Maść ta w oparzeniach powierzchownych łagodzi bóle i zapobiega tworzeniu się pęcherzy, w owrzodzeniach zaś po oparzeniach głębokich nadaje się bardzo dobrze do opatrywania. (*Semaine médicale* 35. 1894),

— W oparzeniach lekkich i przeciw poceniu się nóg zaleca E. Dietrich zasypkę:

120) Rp. *Alumnoli* 10·00
Talci pulverati
Amyli puri āā 45·00
(Pharm. Cntlhalle 22. 1894).

IV. Herman Helmholtz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Wspomniałem tylko o najważniejszych odkryciach z dziedziny fizyologii wzroku, któremi obdarzył nas Helmoltz.

Również i nauka o zmyśle słuchu zawdzięcza postać swą obecną przeważnie zdobyczom Helmholtza. Zdobycze te spotykamy znowu zebrane w dziele: *die Lehre von den Tonempfindungen*, które zarówno, jak wspomniany *Handbuch der physiologischen Optik* tworzy jeden z najszlachetniejszych owoców badań fizyologicznych. Dzieło to, które ukazało się w r. 1862 jako owoc siedmioletnich badań, ma bardzo doniosłe znaczenie nietylko dla fizyologii, ale bodaj czy nie większe dla fizyki i dla naukowego zrozumienia muzyki. Wytłómaczył on w niem istotę dźwięczności (barwy, *timbre*) tonów wydobytych na rozmaitych instrumentach i także głosu ludzkiego, wykazując zapomocą doświadczeń i osobno w tym celu zbudowanych przyrządów (resonatorów) że gdy siła tonu zależy od obszerności (amplitudy), wysokość od szybkości drgań przedmiotu dźwięczącego, tak zwana barwa tonu jest następstwem szczególnej postaci drgań. Obok tonu zasadniczego powstaje cały szereg tonów górnych, których ilość, wysokość i siła składają się razem z tonem zasadniczym na ton o pewnej danej dźwięczności. Dowiódł tego Helmholtz w sposób przekonywający, czyniąc każdy z tych

tonów górnych słyszalnym zapomocą odpowiednich resonatorów. Podobnie także dowiódł, co było świetnym tryumfem tych badań, że samogłoski głosu ludzkiego nie są niczem innem, jak tylko skutkiem tonów górnych, wywołanych rozmaitością kształtu jamy ust podczas wymawiania różnych samogłosek. I to znowu wykazał przy pomocy genialnie obmyślonych przyrządów, zapomocą których składał samogłoski mowy ludzkiej.

Dla zrozumienia sposobu powstawania wrażeń dźwiękowych wypowiedział przypuszczenie, dotąd jeszcze uchodzące za słuszne, że nasz zmysł słuchu posiada w zakończeniach nerwowych, rozłożonych w narządzie Cortego ślimaka elementa nastrojone i czułe na pewne dźwięki a przez to dokładniej jest zbudowany, niż zmysł wzroku, którego zakończenia nerwowe są tylko czułemi na trzy barwy zasadnicze. Mamy tu znowu rozszerzenie zasady swoistej energii nerwów.

Postępując za pracami fizyologicznemi Helmholtza, widzimy, że jakąkolwiek kwestyę obrał za przedmiot swych studyów, zawsze celem gruntownego przeprowadzenia badań konstruował sobie nowe przyrządy, wytwarzał nowe metody badania. To zbudował myograf, to znowu oftalmoskop i oftalmometr, to znów resonatory i wiele innych. Wiedział on dobrze, jak ważnemi są metody badania w doświadczeniach, jak ważną rolę może odgrywać każda nowa metoda, choćby pozornie mniejszej wagi, ile zjawisk przyrody zmysłom naszym niedostępnych ona nam odkryć jest w stanie. To, co przy obserwacyi bezpośredniej uchodziło naszej uwagi, odsłania się nam jako nieznane zjawiska; inne zjawiska mylnie obserwowane poznajemy dopiero dokładniej, badając je zapomocą udoskonalonych metod.

Pomimo, że rys powyższy nie daje jeszcze zupełnego obrazu czynności Helmholtza w dziedzinie fizyologii, niepodobna nawet w tych szczupłych rozmiarach ocenić jego znaczenia w nauce jako fizyka.

Badania Helmholtza nad gniciem i fermentacyą (1843), w których pierwszy wykazał mikroskopowo, że sprawy te są dziełem drobnoustrojów, a nie jak Liebig sądził, następstwem działania tlenu, dalej doświadczenia nad produkcyą ciepła podczas stanu czynnego mięśni, które przyczyniły się do usunięcia teoryi o sile życiowej, poprowadziły Helmholtza do badań, których rezultatem była wspomniana już rozgłośna praca: O zachowaniu energii. Na podstawie doświadczeń Joula o powstawaniu ciepła podczas tarcia wody w wąskich rurach, dowiódł matematycznie, że ciepło jest tylko postacią energii, obliczył równoważnik dynamiczny ciepła i wykazał, że suma energii znajdującej się w wszechświecie pozostaje zawsze stałą. Zasadę równoważnika ciepła i pracy mechanicznej wypowiedział wprawdzie był lekarz w Heilbrunie R. Mayer w r. 1842, jednakże twierdzenia jego uszły uwagi fizyków, gdyż częściowo oparte były na samych tylko rozumowaniach, a także Helmholtz nie znał ich wcale.

Oprócz Mayera i Joule dowodził także i to już zapomocą różnych doświadczeń, że ciepło otrzymane z pracy mechanicznej jest jej równoważnikiem a więc jest tylko inną postacią ruchu, nie dającego się zniszczyć. Jednakże wyników Joula nie uogólniano i uważano je tylko za osobne przykłady. Tylko Helmholtz dostarczył ścisłych, matematycznych dowodów dla swych twierdzeń i dlatego praca jego nabrała tak olbrzymiego znaczenia. Z nowo znalezionych praw fizyki zdołał on tylko wysnuć logicznie przeprowadzone a daleko idące wnioski, których poznanie jest dla nauki doniosłą korzyścią. Tu należy przekształcenie nauki o cieple, badania nad regelacyą, zastósowanie nauki mechanicznej ciepła do powstania, rozwoju i przyszłego końca naszego systemu słonecznego, wreszcie zastósowanie jej do zawiłych zjawisk elektryczności.

Badania elektryczne później wypełniały już życie Helmholtza od czasu, gdy w r. 1871 porzuciwszy katedrę fizyologii, którą po Królewcu piastował kolejno jeszcze w Bonn i Heidelberdze, przyjął katedrę fizyki w Berlinie. Badania te doprowadziły także jednego z jego uczniów do wykazania, że elektryczność statyczna jest podobnie, jak światło ruchem fal poprzecznych eteru.

W ostatnich dwu dziesięcioleciach życia zagłębiał się Helmholtz coraz więcej w zagadnienia teoretycznej, matematycznej fizyki. Pomimo to nie tracił nigdy nici łączącej teoretyczne rozumowania z rzeczywistością, z częścią eksperymentalną. Dowód tego mamy w okoliczności, że w r. 1888. stanał Helmholtz na czele zakładu techniczno-fizycznego, założonego przez Siemensa a uczynił to, aby módz robić doświadczenia na wielką skalę; zakład ten bowiem dzielił się na dwie części: jedna z nich pod bezpośrednim sterem Helmholtza zajmowała się tylko zadaniami czysto umiejętnemi, druga budową dokładnych przyrządów w celu badania ciepła oraz zjawisk elektrycznych i optycznych.

Wśród wszystkich swoich prac, ścisłych obserwacyj, i pomysłowych doświadczeń nie przestawał Helmholtz rozmyśliwać nad przyczynami i istotą naszych wyobrażeń i od czasu do czasu występował z czysto filozoficznemi, głęboko obmyślanemi pracami, które ogłaszał bądź w odczytach publicznych, bądź w rozprawach. Słusznie też należy się Helmholtzowi przydomek *natural philosopher*, albowiem w badaniu przyrody występował w nim zawsze filozof.

Imponuje nam w dziełach Helmholtza, że w całem jego działaniu, w jakiejkolwiek występowało ono dziedzinie, widzimy wytyczony jeden kierunek, ku któremu badacz ten dążył i doznajemy wrażenia, jak gdyby w pierwszych młodzieńczych swych pracach miał już na celu ostatnie swe dzieła. A zawsze tylko obejmował najtrudniejsze i najwyższe zagadnienia, a wszędzie dawał nowe wyjaśnienia i czynił ciemne a ważne zjawiska zrozumiałemi.

W porywających słowach skreślił Helmholtz w r. 1891. podczas uroczystości 50-letniego jubileuszu doktorskiego i 70-letnich urodzin rozwój swego ducha, podobnie jakto już częściowo był uczynił 12 lat przedtem w wspomnianym na wstępie wykładzie: *Das Denken in der Medizin.* Wykłady jego podobnie, jak rozprawy odznaczają się wspaniałą formą i zdradzają udoskonalone poczucie artystyczne, jakkolwiek, jak sam Helmholtz przyznaje, do ich opracowania poświęcał bardzo wiele czasu, i nie raz przekreślał to, co już był napisał, aby mu nadać, piękniejszą, doskonalszą formę. Prace jego oprócz wspomnianych dotąd, mieszczą się w dwóch tomach: *Wissenschaftliche Abhandlungen* i w *Vorträge und Reden.*

Z Helmholtzem zgasł prawdziwy olbrzym ducha, jaki ukazuje się tylko rzadko wśród ludzkości, gwiazda, której dozwolone było świecić przez długi czas ku dobru ludzkości, świecić i pozapalać nowe światła w ciemnych i niedostęp-

nych dotąd tajnikach przyrody. Toteż póki tylko istnieć będzie myśl ludzka, póki ludzie szukać będą prawdy, nie zaginie imię Helmholtza. *Doc. A. Beck.*

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 4. Października 1894 r.

— Pan Namiestnik Galicyi z W. Księstwem krakowskiem zamianował lekarzy powiatowych 2. klasy Drów Mieczysława Dembowskiego, Gustawa Bielańskiego, Oresta Litwinowicza i Władysława Czyżewicza lekarzami powiatowymi 1. klasy, asystentów zaś sanitarnych Drów Jana Bednarskiego, Filipa Schmidta, Eugeniusza Lachowicza, Adolfa Kuhna, Józefa Petersa, Józefa Friedberga, Jana Opieńskiego, Walerego Momidłowskiego, Władysława Węgrzynowskiego i Józefa Szajnę lekarzami powiatowymi 2. klasy a przeniósł lekarza powiatowego Dra Zenona Frydmana z Husiatyna do Lwowa przeznaczając go do służby w wydziale spraw lekarskich Namiestnictwa, lekarza pow. Dra Eugeniusza Lachowicza z Rzeszowa do Skałatu, asystentów sanitarnych zaś Dra Władysława Pohoreckiego ze Skałatu do Husiatyna, Dra Tadeusza Teodorowicza ze Stanisławowa do Rzeszowa, oraz przeznaczył asystenta sanitarnego Dra Włodzimierza Szczepańskiego stale do czynności lekarskich w starostwie w Ropczycach.

— Jak donosi jedno z codziennych pism krakowskich, udała się temi czasy deputacya interesowanych kobiet do Pana Ministra oświaty Dra Stanisława Madeyskiego w sprawie dopuszczenia kobiet do uniwersytetów, mianowicie wydziału lekarskiego w Krakowie. Pan Minister oświadczył, iż nic nie ma przeciw uczęszczaniu kobiet na wykłady jako gości, nie może jednak zgodzić się, by były uczniami zwyczajnymi i otrzymywały stopnie akademickie, gdyż na to nie pozwalają ustawy, których zmieniać nie ma teraz powodu. Wobec tak stanowczej odpowiedzi nie należy spodziewać się w przyszłości najbliższej dopuszczenia kobiet do nauk uniwersyteckich w Austryi; rada zaś, by kobiety korzystając z oświadczenia Pana Ministra zapisały się jako goście na wykłady we wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, nie może doprowadzić do żadnego praktycznego rezultatu, gdyż pomijając, iż dopuszczenie kobiet na wykłady zależy jeszcze od woli wykładających, do stopni naukowych mają teraz prawo wyłącznie mężczyźni i to tylko ci, którzy zdali egzamin dojrzałości w gimnazyum klasycznem i jako uczniowie zwyczajni słuchali przepisanych wykładów w uniwersytecie, od otrzymania zaś stopnia naukowego zależy prawo do praktyki lekarskiej. Pozwolenie przeto, by kobiety bez egzaminu właściwego dojrzałości uczęszczały jako słuchaczki zwyczajne na wykłady uniwersyteckie i w swym czasie otrzymywały stopnie naukowe, byłoby nie równouprawnieniem ich z mężczyznami, ale nadaniem im szczególniejszych prerogatyw.

Powoływanie się w tej sprawie na dopuszczenie w Bośnii i Hercegowinie kobiet do praktyki lekarskiej nie jest właściwem, gdyż tam rząd dopuścił kobiety do praktyki jedynie ze względu na miejscową ludność mahometańską, która z powodów religijnych i zwyczajowych nie chce wzywać pomocy lekarskiej mężczyzn dla kobiet.

— W dniu 28. i 29. z. m. odbył się we Lwowie Zjazd balneologiczny, na który przybyło około 30 lekarzy zdrojowych i właścicieli zdrojowisk lub ich reprezentantów. Obrady zagaił inicyator Zjazdu, radca Namiestnictwa i protomedyk Dr. Merunowicz, którego też obrano przewodniczącym, mianując jego zastępcą Dra W. Ściborowskiego. Przewodniczący zwrócił w obszernym wykładzie uwagę na potrzebę koniecznych reform higienicznych w naszych zdrojowiskach. Uchwalono założyć Towarzystwo balneologiczne, do którego będą mogli należeć właściciele, względnie administratorowie zdrojowisk, lekarze zdrojowi i osoby zajmujące się sprawami balneologicznemi. Zjazdy balneologiczne odbywać się mają corocznie w jednem ze zdrojowisk nie wyłączając miast i to w czasie między 20. Września a 1. Października. Postanowiono starać się o lepszą komunikacyą do zdrojowisk i poruczono myśl założenia wspólnego, głównego składu krajowych wód mineralnych; w końcu wybrano komisyą do ułożenia statutu Towarzystwa balneologicznego i przedłożenia go Władzy do zatwierdzenia i powołano do niej pp. Dra Merunowicza jako przewodniczącego, Drów Lesława Gluzińskiego i Andrzeja Lorentskiego, br. Potockiego z Rymanowa i Wiśniewskiego ze Szczawnicy.

— Nakładem księgarni W. Obuchowskiego w Warszawie (ulica Szpitalna Nr. 5.) wyszła popularna broszura pod tytułem: *O suchotach czyli gruźlicy, jak wystrzegać się tej choroby* napisana przez Seweryna Sterlinga, lekarza w Tomaszowie w Królestwie polskiem. Jestto bardzo popularne, na niebardzo wykształcone warstwy społeczeństwa obliczone przedstawienie istoty i przyczyn gruźlicy, tudzież sposobów uchronienia się od niej. Rzecz opracowana jędrnie, treściwie ma tę jeszcze zaletę, iż nie wdaje się w pouczanie czytelników o leczeniu, co w broszurach tego rodzaju uważamy wprost za szkodliwe a że jest na czasie, najlepszy dowód, iż wyszła w drugiem wydaniu, do czego niewątpliwie przyczynia się i niska jej cena (3 kopiejki czyli 6 groszy). Życząc broszurze przeto jak najlepszego powodzenia w kołach, do których ją autor przeznaczył, prosimy w przyszłem wydaniu autora o poprawienie kilku usterek językowych (umiera się na suchoty, ale nie od suchot), wydawcę zaś o lepszą korektę. Kiedy treść dobra, niech będzie taką i forma!

— Dr. Władysław Kopaczyński w Samborze mianowany lekarzem więziennym w Stanisławowie.

— Obdukcya lekarska wykazała jako przyczynę śmierci Helmholtza rozległy krwotok do prawej półkuli mózgowej z przebiciem prawej komory.

— Kosztem prywatnym założono w Kalkucie instytut ofiologiczny w celu badania umiejętnego jadu wężów i doświadczeń ze środkami przeciw ukąszeniu przez te gady.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 10. Października b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) odbędą się demonstracye naukowe; 2) kol. profesor Bujwid mówić będzie: *O warunkach zdrowej wody podług zasad nowoczesnej higieny.*

Korespondencya administracyi.

Dr. J. H. w K. gubernia kowieńska. Za zaginione Nra *Przeglądu lek.* administracya nie pobiera od prenumeratorów należytości.

Dr. Gr. w St. Sien. gub. podolska. Zaległe numera od 21. do 36. już wysłaliśmy koło 20. z. m. pod powyższym adresem. Jeżeli nie doszły, prosimy o zawiadomienie; wyślemy je w takim razie po raz drugi.

Do Nru niniejszego dołącza się przedruk rozprawy Dra Wołkowicza: *O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę pierwszego asystenta przy katedrze Anatomii opisowej z płacą roczna 600 złr. i mieszkaniem.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 12. Października 1894.

Kraków dnia 1. Października 1894.

Dr. Rosner,
Dziekan Wydziału lekarskiego.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.